SIXTEENTH ANNUAL REPORT
OF THE
CHIEF CORONER

PROVINCE OF NEW BRUNSWICK

FOR THE PERIOD

JANUARY 1 TO DECEMBER 31, 1987

78-3913 (5/88)

SIXTEENTH ANNUAL REPORT

OF THE CHIEF CORONER

PROVINCE OF NEW BRUNSWICK

For The Period January 1 to
December 31, 1987

CORONERS BRANCH

LAW ENFORCEMENT DIVISION

DEPARTMENT OF JUSTICE

OFFICE OF THE CHIEF CORONER / BUREAU DU CORONER EN CHEF
York County Court House / Palais du justice du comté de York
Fredericton, New Brunswick / Fredericton, Nouveau-Brunswick

hn H. Evans
ef Coroner / Coroner en chef

DEPARTMENT OF JUSTICE
MINISTÈRE DE LA JUSTICE

The Honourable Conrad Landry
Minister responsible for the
Coroners Act
Fredericton
Province of New Brunswick

Dear Sir:

Pursuant to Section 43 of the Coroners Act, I have the honour to submit the Sixteenth Annual Report of the Chief Coroner for the period January 1, 1987, to December 31, 1987.

Yours very truly,

JOHN H. EVANS
Chief Coroner
Province of New Brunswick

TABLE OF CONTENTS

		PAGE
(A)	HISTORICAL BACKGROUND	1
	Origin of the Office of the Coroner	1
	Development of the Office in Medieval and Modern Times	3
	Canadian Situation	6
(B)	THE NEW BRUNSWICK	8
	Organizational Structure	8
	Notification Requirement	9
	Investigative Capacity of Coroners Branch	9
	Purpose of Coroner's Investigation	11
	The Inquest Decision	11
	Summary	12
(C)	STATISTICAL SUMMARY OF INVESTIGATED DEATHS	14
	Schedule "A" - Total Deaths Reported	15
	Schedule "B" - Accidental Deaths	15
	Schedule "C" - Suicides - County/Sex/Age	16
	Schedule "D" - Suicides - Method/Sex/Age	17
	Schedule "E-1" - Domestic Homicides - By Judicial District	18
	Schedule "E-2" - Domestic Homicides - By Victim and Aggressor	18
	Schedule "F" - Comparative 1977-1986	19
(D)	SUMMARY OF INQUESTS AND RECOMMENDATIONS	20

(A) HISTORICAL BACKGROUND

Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law (ranking in antiquity only behind the Monarch and the sheriff) and its true origin has been much debated. The first written references to the office occurred during the reign of King Alfred (871 - 910 A.D.). However, the historical development of the office can with greater certainty be traced back to a period close to the time of the Norman Conquest when the coroner, under the new regime, came to have an important role in the administration of justice. The changing functions of the office reflect the evolution of English legal and constitutional history over the course of a thousand years.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. Initially in this, as in other functions, the primary responsibility of the office was to protect the financial interest of the Crown. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death - if the body was that of a Norman (as opposed to the native Anglo-Saxons) a levy was payable to the Crown. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an

additional fine if no felon could be found responsible for the death. On the other hand, should the felon be apprehended and convicted his entire goods and possessions were forfeited to the Crown upon seizure by the coroner. Also, failure of the first finder to notify the local authorities of dead bodies, and of those authorities, in turn, to notify the coroner, resulted in special fines levied by the Crown on the whole town for breach of duty. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems which are presently existing in common law jurisdictions.

Other duties of the offices of the coroner were mainly administrative and are now only of academic interest; he kept the Crown's records in relation to the criminal courts; he collected and guarded the "chance" revenues falling to the Crown - in particular, deodands, wrecks, royal fish and treasure trove as well as the forfeited property of convicted felons mentioned above; he heard the swearing of adjurations of those persons who had fled to sanctuary; he also served as a check upon the fiscal activities of the sheriff and was required to act for the sheriff whenever the latter was incapacitated by interest or default.

The varied and changing historical duties of the office of coroner are reflected in the origin of the word "coroner" which is said to have come from the Anglo-French word for Crown -

... 3

"corouner". However, the precise designation of the officer appears to have varied from time to time. In the reign of Richard the First he was called "coronarius", in that of John, "coronator", because he originally had custody of the rolls of the pleas of the Crown. According to Sir Thomas Smith in 1583 the name of the office came from the word "crowner" or "coronator" because "the death of every subject by violence is accounted to touch the Crowne, and to be a detriment to it..." - in other words, the coroner, however spelled and pronounced, was in effect the local representative of the Crown. It is of interest to note that while the word "coroner" (as it is presently spelled) first appeared in the fourteenth century, the name "crowner" is used to this day in the north of Ireland and vulgarly in some parts of England.

Development of the Office in Medieval and Modern Times

The history and development of the office of coroner can best be illustrated by references to English legislation.

Article 20 of the Article of Eyre (1194) provided for the election in every county of England of three knights and one clerk as "keepers of the pleas of the Crown". The coroner had to be a resident of the county or the borough for which he was elected locally. His other qualifications was his wealth, which was probably seen as a form of insurance against the possibility of

... 4

misbehaviour, in the event of which his lands or possessions could be confiscated by the King. As the office was unpaid until 1487 prestige of the office and public service appear to be the motivating factor for seeking the office in the early days. The coroner took his oath of office before the sheriff, had county jurisdiction and tenure for life during good behaviour. He could however, lose his post if appointed to the office of sheriff.

In 1276 during the reign of Edward I the statute known as De Officio Coronatonis was proclaimed. In it the duties of the coroner were set forth as they applied to the inquisitorial procedure: that upon being summoned by the bailiff or any honest man, the coroner should go to where there was dead ... once there he would command the men from four neighbouring towns to appear before him as the jury to give evidence under oath. This statute expressed, for the first time, the basic questions requiring satisfaction where an unnatural death is under investigation. In the ensuring seven hundred years, no improvement has been made upon them and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

In 1361 with the statutory creation of justices of the peace, the long decline of the role of the coroner in criminal proceedings began. Other means were found to secure the Crown revenue and the financial duties of the office of the Crown official

... 5

were also eroded. Later by statute in 1487 a fee was established to be paid by the coroner for each inquest in sudden and unnatural deaths. Because the coroner was less than popular with the justices (who had replaced him in criminal matters) the justices usually paid coroners the statutory minimum with the result that only unskilled lawmen tended to accept the position. Complaints were common that coroners would hold unnecessary inquests merely to support their meager income. Surprisingly, the office of coroner not only survived under such adverse circumstances but re-emerged during the industrial revolution to a new position of importance. This re-emergence was due in large part to the increasing incidence of sudden and unnatural death. As well, while the justices of the peace had taken over the cases of overt homicides, cases of suicides and covert homicides continued to be dealt with by the coroner's inquisition.

With the addition in England in 1836 of a statutory provision that allowed for the coroner to make payment for expert medical testimony, the capacity to detect covert homicide increased through the coroner's ability to order post-mortem examination of the deceased. As a medico-legal investigator, the coroner won back some of his lost status in criminal proceedings and by virtue of close access to medical expertise, the foundation for the present system was laid in England. The gain in status was supported in 1860 when a law was enacted abolishing the fee system and

... 6

establishing salaries for county coroners. A further development occurred in 1887 with the passage of legislation requiring inquests to be conducted whenever the coroner had reasonable cause to suspect that violence or unnatural factors had resulted in a death or where the cause of death was unknown. Moreover in 1888, election of coroners in England was discontinued and a system of coroner appointments was instituted.

Subsequent changes in the English system came as follows: in 1926 part of the criminal jurisdiction of the office was removed by the provision that the coroner adjourn his inquest in cases of murder, manslaughter or infanticide should charges be laid. Also mandatory requirements for inquests in all cases of which the cause of death was unknown were abandoned. In 1977 the jurisdiction of the coroner was further limited as the power to find a verdict of murder, manslaughter or infanticide was removed which negated the common law right of a coroner to commit for trial.

Canadian Situation

The institution of the common law coroner was early transplanted from England to North America with the result that every province and state has some type of modified coroners system.

The office of coroner was received in Canada as part of the common law system before conceptual changes which transformed

the coroner system in England had taken place. After Confederation provincial coroners were conducting proceedings similar to preliminary hearings in respect to homicide. Notwithstanding that the indictment function of the coroner's inquest was abolished in 1892 by the first Criminal Code, a procedure still exists whereby certain verdicts of a coroner's jury result in the individual named appearing in custody or by means of a recognizance before a magistrate or justice, although in recent years this procedure has been used infrequently.

Each province and territory in Canada presently operates its own sudden death inquiry system. Most provinces have restricted the jurisdiction of the coroner in respect to the finding of criminal or civil liability. Three provinces (Alberta, Nova Scotia and Manitoba) have now established medical examiner systems. Newfoundland has no coroners or medical examiner system as such. In that province all sudden deaths inquiries are held by a judge pursuant to Summary Convictions Act provisions. The remaining provinces and the territories have coroner systems which have all developed and grown, some more, some less, out of the institution of the common law coroner.

The present system in New Brunswick is very close to the concept of the coroner at common law and has no restrictions on the determination of criminal or civil liability, although in practice this feature is rarely utilized.

... 8

(B) THE NEW BRUNSWICK SYSTEM

Organizational Structure

In New Brunswick the Coroners Branch, for organizational and administrative purposes, falls within the Law Enforcement Division of the Department of Justice. General supervision of the system is the responsibility of the Chief Coroner located in Fredericton who is assisted by three District Coroners directly responsible for all coroner activities within designated geographical areas and located in Campbellton, Moncton and Saint John. In addition, all sheriffs and deputy sheriffs are ex-officio coroners although not all are utilized as coroners within the system. At present, 36 full-time employees of the Sheriffs Branch function as coroners. A number of lay coroners are also appointed who act on a nominal fee for service basis and are a necessary retention of the old Coroner's System which before 1971 was serviced completely by lay coroners. Of the 17 lay coroners, 6 are medical practitioners, which before the availability of highly qualified and competent pathologists within the Province, was of great advantage to the system. The lay coroners continue to provide an excellent service in the communities in which they serve.

... 9

Notification Requirement

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: i) did not occur during or as a result of pregnancy; ii) was not sudden and unexpected; and iii) was not under circumstances which may require an investigation). The Coroners Branch is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his death. The system, therefore, is a vital part of law enforcement in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

Investigative Capacity of Coroners Branch

For investigational purposes the Coroners Branch has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Sackville), municipal police, and the N.B. Highway Patrol acting within their respective jurisdictions. Also as a number of reported deaths involve elements of criminality the investigation

... 10

sometimes is a combination of coroners and police responsibility and requires a close liaison between the two agencies. Also available to the Coroners Branch are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston and Woodstock and also the services of the Provincial Toxicologist located at Saint John.

In addition two pathologists located in the Regional Laboratory in Saint John agreed to provide a centralized forensic pathology service for the Coroners Branch commencing January 1, 1982. The identification of a death as a "Type II" case which needs the special consideration of a forensic pathologist now results in the utilization of the forensic service mentioned above. A "Type II" case requires that the body be transported to the Saint John Laboratory for the autopsy. The forensic pathologist acting is also available to the coroner's service and the police agency to visit the death scene, if necessary. Both pathologists acting in that capacity have for many years demonstrated their high degree of interest in forensic pathology and their expertise in acting as expert witnesses both at inquests and criminal trials.

... 11

Purpose of Coroners Investigation

The purpose of the coroners investigation has changed over the years. For many years the major emphasis was directed towards the investigation of the actual medical cause of death to the exclusion of practically all other easpects. Now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety. Therefore, it is sometimes necessary for the coroner to order an inquest into the death although the cause of death is known.

The Inquest Decision

One of the more difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest. In early times, the inquest was part of the function of the coroner in every case he investigated. Gradually, the common law developed to the point where the decision was in the sole discretion of the coroner.

Local coroners, the Chief Coroner or the Minister of Justice in some circumstances, may order an inquest into a death. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of accidental and violent

... 12

deaths. It is also an important vehicle in causing attention to be focused on situations where remedial action may be taken to prevent similar occurrences in the future. To this end coroners have been encouraged to carefully consider all circumstances surrounding accidental and violent deaths, with the view to holding an inquest if any useful purpose will be served by doing so. It is expected that the Coroners Jury make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances where appropriate.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations of Coroner's Juries at inquests to the attention of appropriate persons, agencies and departments of governments. Although the Chief Coroner has no authority to force any person or organization to implement recommendations, a number are in fact implemented in some way. No doubt this is due to the fact that the organizations affected would find itself in a most embarrassing position if a second death occurred under similar circumstances, without having remedied the situations which caused the first fatality.

Summary

The Coroners Branch investigates from 35 to 40 percent of the total of approximately 5,000 yearly deaths in the Province.

... 13

A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. Autopsies are ordered by the coroner in less than 40 percent and inquests are ordered in about one percent of all investigated deaths. More than 90 percent of investigated deaths are now conducted by ex-officio coroners who are full-time employees of the Sheriffs Branch.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and all other related agencies involved who have through the year cooperated and assisted in the investigations which have been processed through the Coroners Branch. Also gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

(C) STATISTICAL SUMMARY OF INVESTIGATED DEATHS

Beginning January 1, 1987 deaths reported to and investigated by the Coroners Branch have been classified in five district categories: accidental, suicide, homicide, natural and undetermined.

The **accidental** category covers all accidental deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated and drives with criminal negligence causing death the coroner's classification will be accidental.

The **suicide** category covers all cases of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

The **natural** category covers all deaths by disease or natural causes.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible efforts to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case which might fall in this category is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

... 15

As indicated in Schedule "A" hereunder, the total number of deaths reported to and investigated by the Coroners Branch in 1987 was 1,825 of which 1,472 were found to have occurred as a result of natural causes.

SCHEDULE "A" 1987

Classification	Number of Deaths	Autopsy Performed
Accidental	253	161
Suicide	76	52
Homicide	19	19
Natural	1,472	424
Undetermined	5	5
TOTAL	1,825	661

In Schedule "B" hereunder the 253 deaths classified as accidental are further classified to indicate the manner of death.

ACCIDENTAL DEATHS - SCHEDULE "B" - 1987

Manner	Number	Autopsy Performed
Motor Vehicle	122	71
Motor Cycle	11	8
Recreational Wheeled Vehicle	4	2
Snowmobile	2	1
Bicycle	7	3
Pedestrian	10	7
Aircraft	5	4
Agricultural	2	-
Industrial	8	7
Fire	26	20
Weapon	2	1
Drug	9	9
Hanging	-	-
Drowning	31	19
Crib Death	-	-
Other	14	9
TOTAL	253	161

... 16

In Schedule "C" hereunder the 76 deaths by suicide are further classified to indicate sex, age and county of death.

SUICIDES

SCHEDULE "C" 1987

COUNTY	0- 19 M	0- 19 F	20 - 30 M	20 - 30 F	31 - 40 M	31 - 40 F	41 - 50 M	41 - 50 F	51 - 60 M	51 - 60 F	61 - 70 M	61 - 70 F	Over 70 M	Over 70 F	Total Male	Total Female	Total For County	Percentage of Suicides
ALBERT			1		1										2		2	2.63
CARLETON						1			1						1	1	2	2.63
CHARLOTTE								1								1	1	1.32
GLOUCESTER			2		3				2				1		8		8	10.5
KENT										1						1	1	1.32
KINGS			2		1			1							3	1	4	5.3
MADAWASKA	2		4		1		2	1		1	1				10	2	12	15.8
NORTHUMBERLAND	1	1	1				1		1						4	1	5	6.6
QUEENS									1		1				2		2	2.63
RESTIGOUCHE			1		1				1		1		1		5		5	6.6
SAINT JOHN	1	1	4		1	1									6	2	8	10.5
SUNBURY	1		1				1		1						4		4	5.3
VICTORIA					1								1		2		2	2.63
WESTMORLAND	2		2	1	1	1	2		2		1				10	2	12	15.8
YORK	1		3			1			1	1	1				6	2	8	10.5

In Schedule "D" hereunder the methods of suicide are further classified by sex and age.

S U I C I D E

S C H E D U L E "D" 1 9 8 7

METHOD	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70		Total Male	Total Female	Total Method	Percentage of Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
Weapon	5		15		10	2	3	2	6	1	2		2		43	5	48	63.2
Hanging	1		3		1		2		1				1		9		9	11.8
Drug Overdose	1	2	1			2			1	1					3	5	8	10.5
Carbon Monoxide Poisoning	1			1							1				2	1	3	3.9
Drowning								1	2	1	2				4	2	6	7.9
Other			2												2		2	2.6
Total	8	2	21	1	11	4	5	3	10	3	5		3		63	13	76	
Male	8		21		11		5		10		5		3		63			
Female	2		1		4		3		3							13		
Age Groups	10		22		15		8		13		5		3					
Percentage of Total	13.1		28.9		19.7		10.5		17.1		6.6		3.9					

In Schedule "E" hereunder, those deaths classified as homicide which are of a domestic nature are identified by judicial district and by victim and aggressor.

In determining whether a homicide is to be identified as domestic, reference has been made to the broad definition of "family" in the Judiciature Act, subsection 11(1.1). This is the first year (1987) that this data has been published in this form in the annual report.

SCHEDULE "E-1"

DOMESTIC HOMICIDES - By Judicial District

Judicial District	1987 Number
Bathurst	1
Campbellton	
Edmundston	
Fredericton	
Moncton	2
Newcastle	
Saint John	2
Woodstock	
TOTAL	5

SCHEDULE "E-2"

DOMESTIC HOMICIDES - By Victim and Aggressor

VICTIM	AGGRESSOR
wife	husband
step-father	step-son
girlfriend	boyfriend
brother	brother
wife	husband

... 19

In Schedule "F" hereunder comparative figures for a ten year period from 1977 - 1986 on all accidental and violent deaths are included.

SCHEDULE "F"

1977 - 1986

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	AVERAGE
OTOR VEHICLE	166	173	210	180	146	176	108	137	84	95	148
ICYCLIST	4	4	5	7	6	2	3	8	2	3	4
EDESTRIAN	41	55	44	43	40	26	17	27	28	24	35
ROWNING	40	30	42	43	37	33	20	26	30	24	33
IRPLANE	5	1	5	6	-	1	2	2	-	-	2
ARM ACCIDENT	3	5	5	4	4	8	1	3	2	2	4
IREARM ACCIDENT	-	1	4	6	5	1	3	7	4	2	3
OMICIDE	13	27	10	10	15	13	10	16	15	14	14
NDUSTRIAL	8	13	14	11	7	10	7	15	12	12	11
UICIDE	70	107	90	83	67	91	105	86	83	103	89
IRE	41	45	27	31	17	16	15	25	27	25	27
UDDEN INFANT DEATH	19	21	19	21	17	9	20	20	13	5	16
NOMMOBILE	3	11	4	5	2	2	3	2	2	2	4
THER	41	65	62	79	57	56	33	49	18	26	49
OTAL	461	558	541	530	419	444	347	423	320	337	439

.../20

(D) SUMMARY OF INQUESTS AND RECOMMENDATIONS

INQUEST NO. 1

On January 20 an inquest was held in Sussex into the death of a 50 year old man who died in November of 1986 at the Denison Mines near Sussex.

The jury found that the death resulted from "head and internal injuries". The manner of death was described as follows: "Death by accident, he apparently misjudged his proximity to the edge of the rise shaft probably due to dust cloud from the S2B machine passing over the opening and plunged approximately 133 feet down the shaft".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Manager of the Denison Potacan Potash Company of the Canadian Mines Development Corporation, the Denison Potacan Potash Company, and the New Brunswick Health and Safety Commission, were as follows:

1) "To place bumper blocks to all raise and other shafts or manner of excavations where possibility of accident exists. They should be high enough to prevent overriding and a regular schedule of cleanup around the blocks to prevent ramping of dust should be implemented;

.../21

2) Permanent reflecting stop signs placed at the bumper blocks attached to the tunnel sides with permanent reflecting warning signs placed 25 feet prior to the stop signs."

The New Brunswick Occupational Health and Safety Commission replied that it would be desirable that their proposed new regulations be amended to more specifically meet the jury's recommendations. Accordingly they will bring the recommendations before the Commission's Regulatory Review Committee for consideration.

INQUEST NO. 2

On January 30 an inquest was held in Saint John into the death of a 19 month old baby boy who died in November of 1986 at the Saint John Regional Hospital.

The jury found that the death resulted from "cerebral hematoma". The manner of death was described as by "natural causes".

.../22

The recommendations of the jury, which were forwarded to the YM/YWCA Pre-School and Family Education, and the Minister of Health and Community Services, were as follows:

1) "That a day care centre be set up for infants under two years of age.

2) That Day Care Centres strictly enforce the age group assigned by their license."

The Minister of Health and Community Services replied that the first recommendation will be taken into consideration in a study to be undertaken to develop a new policy for Child Care and Development (0-5 years of age). It will also be brought forward in inter-departmental committee meetings which are presently taking place to study services for children ages 0-5 years. With respect to the second recommendation, the Minister of Health and Community Services will ensure that all future certificates of approval indicate the age group for which the facility is approved. Adherence to approved age groups will be verified on visits made to day care facilities by the Department's Early Childhood Services Co-ordinators.

.../23

INQUEST NO. 3

On March 2 an inquest was held in Newcastle into the death of a 20 year old man who died in July of 1986 after accidentally falling from a boat into the water at Loggieville, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from "drowning". The jurors described the manner of death as "accidental drowning".

The recommendation of the jury, which was forwarded to the owner of the boat, is as follows:

1) "That the owner anchor his boat further from shore to be less tempting of further theft."

INQUEST NO. 4

On March 9 an inquest was held in Newcastle into the death of a 50 year old man who died in November of 1986 at the Moncton Hospital after falling into a Hot Pond at the Burchill Mill in Nelson-Miramichi, Northumberland County.

The jury found that the death resulted from "severe scalding". The manner of death was described as follows: "by falling into the Hot Pond at Burchill's Mill when the railing broke as he leaned against it while pulling on a log with a pick pole".

.../24

The recommendations of the jury, which were forwarded to Burchill Plywood (1984) Limited, and the New Brunswick Occupational Health and Safety Commission were as follows:

1) "to install steel grating on the catwalk at the Hot Pond area;

2) to install stainless steel railings on the catwalk with steel mesh over the top of the railings to the floor to eliminate the possibility of a person from sliding underneath the railing;

3) that it be made mandatory for each person on the catwalk to wear a safety belt and that the safety belt, lanyard and safety cable be inspected on a regular basis."

INQUEST NO. 5

On March 5 an inquest was held in Caraquet into the death of a 15 month old baby boy who died in June of 1986 at the Izaak Walton Killam Hospital for children in Halifax, Nova Scotia after being transferred from the Chaleur Regional Hospital in Bathurst. The patient was initially admitted to the hospital L'Enfant-Jésus in Caraquet and later transferred to the Chaleur Regional Hospital in Bathurst on that same day.

.../25

The jury found that the death resulted from "hypoxic complications from the epiglottitis". The manner of death was described as follows:

> "Although the epiglottitis was not diagnosed upon the admission of the child at the Caraquet Hospital, it was diagnosed at the Chaleur Regional Hospital at Bathurst where a surgical operation was performed but some complications, foreseeable but rare, subsequently proved to be fatal."

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Minister of Health and Community Services; The Registrar, College of Physicians and Surgeons of New Brunswick; Executive Director, Chaleur Regional Hospital, Bathurst; Executive Director, Hôpital L'Enfant-Jésus Caraquet; Executive Director, New Brunswick Medical Society, were as follows:

1) "That l'hôpital l'Enfant-Jésus de Caraquet must make sure that at all times possible the doctor on call at the hospital be able to reach a radiologist to assist him in his diagnosis.

2) That given the number of hours that a doctor is on duty during the 46 hour period on a weekend, it is recommended that the board of directors of l'hôpital l'Enfant-Jésus de Caraquet study the possibility of a more equitable sharing of the hours of service on the weekend."

.../26

The Minister of Health and Community Services replied that the l'hôpital d'Enfant-Jésus de Caraquet is already complying with the second recommendation and is reviewing work hours. It was further stated that as there is only one radiologist in the Caraquet/Tracadie area at present, it will be difficult to fully resolve the first recommendation. The College of Physicians and Surgeons of New Brunswick replied that the Council of the College of Physicians and Surgeons of New Brunswick is unable to see that there is any way in which it can implement the recommendations of the inquest which they felt was a problem of manpower. The solutions of these problems is recruitment of additional physicians and especially radiologists to this area of the Province. The organizational thrust will have to come from the local area. L'hôpital de l'Enfant Jésus Inc. replied that they had taken the following action regarding the recommendations submitted from the inquest as follows:

1) That it is accepted by the radiologist covering hospitals of Tracadie and Caraquet that when he/she is absent will advise l'hôpital de l'Enfant-Jésus of the person's name who will replace him/her, how and where the person will be able to be reached and the date of their return.

.../27

2) That no general practitioner will be on call for a period of 24 consecutive hours unless a particular or unforeseeable situation occurs.

The Chief Coroner replied that he was satisfied with the steps taken in addressing the recommendation of the jury.

INQUEST NO. 6

On April 2nd and 3rd an inquest was held in Saint John into the death of an eight year old boy who died in March of 1987 while swimming with a group of other young boys at a local motel swimming pool in Saint John, New Brunswick.

The jury found that the death was as a result of "asphyxia by drowning". The manner of death was described as follows: "Being a non-swimmer he slipped beneath the water unnoticed".

The recommendations of the jury, which were forwarded to The Colonial Inns Limited, the New Brunswick Occupational Health & Safety Commission, the City of Saint John, Red Cross Water Safety and the Minister of Health and Community Services, were as follows:

.../28

"1) The clarity of the water should be maintained. The bottom of the pool should be visible.

2) A safety rope that cannot be removed.

3) Prominent warning signs located outside the pool, indicating an unsupervised area - children must be accompanied by an adult.

4) Trained personnel for pool maintenance.

5) The pool area should have adequate lighting.

6) Safety and life saving equipment should be clearly marked and readily available.

7) We recommend on a provincial level that the Provincial Legislature enact comprehensive standards for pool safety and operations and see that these standards are enforced.

8) We recommend on a civic level that the City of Saint John adopt a by-law concerning standards for swimming pools, safety and operations."

.../29

The New Brunswick Occupational Health and Safety Commission replied that none of the recommendations appear consistent with the mandate of the Occupational Health and Safety Commission and the Commission has agreed to place a representative on the Committee responsible for drafting regulations dealing with pool facilities. The Department of Health and Community Services replied that their Department has been working towards the regulating of swimming pools for some time. The last sitting of the Legislature passed amendments to the Health Act with respect to swimming pools. In addition, a committee of interested departments and organizations was formed by their Department to start the task of drafting regulations and consider the recommendations of the coroner's jury. The Colonial Inns Limited replied that recommendations 1, 3, 5 and 6 had been complied with. In reply to recommendation No. 2, the Colonial Inns has painted a red line at the drop-off point in the pool. It should be noted that a safety rope is in place but can be removed for those swimmers performing laps. In respect to recommendation No. 4, the Colonial Inns have advised that they have employed trained maintenance personnel to provide satisfactory upkeep of the pool area. In respect to recommendations No. 7 and 8, the Colonial Inns felt that the cost to a small Maritime motel could not be sustained for lifeguards within the pool area.

.../30

INQUEST NO. 7

On April 14 an inquest was held in Newcastle into the death of an 18 year old male who died after a motor vehicle accident at Rogersville, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from "multiple fractures of the skull". The manner of death was described as follows: "deceased met his death in a car accident due to a combination of a steep fall down an embankment; lack of warning and dead end signs and speeding".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Mayor of the Village of Rogersville, were as follows:

1) "that we would like to see more warning signs in Rogersville and surrounding areas and to make sure all dangerous areas have proper warning signs and that they are checked regularly."

INQUEST NO. 8

On October 26 and 27 an inquest was held in Saint John into the death of a 27 year old man who died in July of 1987 while an inmate at the Saint John Regional Correctional Centre in Saint John.

.../31

The jury found that the death resulted from "hanging leading to asphyxia". The manner of death was described as "suicide in that the deceased died by his own hand by hanging".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Solicitor General of New Brunswick, were as follows:

1) "That some procedure or method be devised to ensure that all drugs administered to especially high risk inmates are actually ingested at the time they are administered.

2) That, as far as practicable, there be no means available within the cell to which a rope or any other material could be securely attached so as to enable an inmate to take his own life."

The jury furthermore endorsed and submitted the recommendations four to eleven inclusive as contained in the internal report prepared for the Corrections Branch pertaining to this death.

.../32

4) "The Superintendent of the Saint John Regional Correctional Centre revise the Local Policy and Procedures Manual to provide detailed procedures for correctional staff supervision rounds in all areas of the institution as is required by the Correctional Services Branch, Institutional Services Policy and Procedures Manual Section C-7.4.

5) The Superintendent of the Saint John Regional Correctional Centre issue written instructions to correctional staff to ensure that there is no confusion between the institution's requirement for hourly inmate counts and Branch policy, which requires correctional staff to make inmate supervision rounds every 30 minutes.

6) The Superintendent of the Saint Jchn Regional Correctional Centre issue a directive to all correctional staff that night lights in inmate cells are to be illuminated during the night shift and ensure that Shift Supervisors strictly enforce this requirement.

.../33

7) The Superintendent of the Saint John Regional Correctional Centre review the current system of communicating/coordinating information concerning inmates in custody to ensure that staff at all levels are aware of relevant information. Particular emphasis should be placed on creating an effective information system to ensure appropriate administrative/ professional/correctional staff intervention with high risk inmates in the segregation and maximum security units.

8) The Director of Adult Institutional Services review with the Superintendent of the Saint John Regional Correctional Centre, the current level and quality of professional staff/inmate interaction at the Saint John Regional Correctional Centre. This review should include consideration of current availability and utilization of professional staff as well as the need for additional services in the areas of crisis intervention, assessment, and programming.

.../34

9) The Branch Medical Advisor review with the Associate Physician, Saint John Regional Correctional Centre, the appropriateness of prescribing medication for inmates without nurse or physician examination, as well as the current level of inmate/physician contact and the possible need to increase the level of medical services at the institution.

10) The Supervisor of Nursing Services, in conjunction with the Medical Advisor, review nursing practices at the Saint John Regional Correctional Centre. This review should include consideration of the need to alter current policy to provide that all inmates admitted to the institution be medically screened by the nurse upon admission and the potential manpower implications.

11) Fire sprinkler heads in inmate-occupied areas not under constant observation be replaced with safer institutional sprinkler heads and consideration be given to similar replacement of fire sprinkler heads in all other Branch facilities that do not now have institutional sprinkler heads in inmate living areas."

.../35

In addition, the Coroner, made two recommendations:

1) "That the Corrections Branch install a mechanical device such as a punch clock or surveillance type of device to ensure that rounds are made on a regular basis as set down by the policy of the Corrections Branch. These devices need not be used only on the twelve midnight to eight, (8 a.m.) shift.

2) That the night lights that are in the inmates cells be controlled by the central control and not by the unit control. These lights could be the responsibility of the Supervisor who is in charge of the Institution either by a locked cabinet or some other device that would make him responsible during the twelve midnight to the 8 a.m. shift."

With respect to recommendations 4 to 11 inclusive contained in the internal Corrections Branch report, the Corrections Branch replied on the status of their implementation as follows:

.../36

Recommendation 4

That prior to the Inquest, the Local Policy and Procedures Manual at the Saint John Regional Correctional Centre was revised and expanded. Section C-7 - Rounds, now directs that unit officers are required to make rounds of living areas at irregular half-hour periods and that after every second round, they are to report the unit inmate count to Central Control.

In addition, Section C-7.f provides that Shift Supervisors are required to make six complete rounds of all living units during the midnight shift to check that unit officers are making their half-hourly rounds.

Recommendation 5

As noted above, this matter has been clarified in the revision of Section C-7.g of the Saint John Regional Correctional Centre Local Policy and Procedures Manual.

.../37

Recommendation 6

That by memorandum from the Deputy Superintendent, Operations, Saint John Regional Correctional Centre, staff were directed that night lights were to remain on during the 2400-0800 shift, and that Shift Supervisors were to ensure that this practice was carried out.

Recommendation 7

That Local Policy and Procedures have been amended respecting the recording of information concerning inmates in segregation. Each morning the Social Worker photocopies accumulated information on each inmate from the log and this information is incorporated into the daily discussion of each segregated inmate's case at the daily management meeting. As well, cases of all inmates placed on risk (suicide) status are reviewed daily by the Social Worker in conjunction with senior management. The status of all inmates in maximum security is reviewed weekly by the Classification Committee.

.../38

Recommendation 8

That a review and discussion of requirements and utilization of professional staff was completed in the fall of 1987. In November 1987, a vacant Social Worker position at the Centre was filled thus increasing to two the number of Social Workers at the Centre in full time positions. In December 1987, the Branch signed a contractual agreement with a consulting psychologist to provide eight hours service per week to the Saint John Regional Correctional Centre. This contract calls for the psychologist to intervene with and assess high risk inmates and to provide guidance to institutional staff in dealing with these individuals.

Recommendation 9

That on January 14, 1988, an Interim Branch Directive was issued by the Executive Director, Correctional Services. It amended Section H-2.47(a) of the Institutional Services Policy and Procedures Manual which now states "Under normal circumstances, the Associate Physician will not prescribe medication without first interviewing/assessing first hand the offender's need for treatment".

.../39

Recommendation 10

That a revision to Section H-2 of the Manual of Standards and Procedures contained in the Interim Branch Directive of January 14, 1988, states "All adult offenders newly admitted to a correctional institution from the community will be seen by the nurse as soon as is practicable following admission. The Nurse will complete the medical history form in consultation with the offender". As a result of workload increase for nursing staff created by this change in policy, an additional part-time casual nurse has been hired at the Saint John Regional Correctional Centre.

Recommendation 11

That a detailed safety inspection of fire sprinkler heads was undertaken at the Saint John Regional Correctional Centre and as a result, 165 unsafe heads were replaced with security heads designed to prevent suicide. Subsequently, similar reviews were conducted at the Moncton Detention Centre and the Madawaska Regional Correctional Centre and similar installations of security sprinkler heads have now been completed.

The Corrections Branch reported that the remaining two recommendations of the jury and the two recommendations made by the coroner were still under study by the Branch and that a further report concerning these recommendations will be forwarded to the Chief Coroner.

INQUEST NO. 9

On August 20th and 21st an inquest was held in St. George into the deaths of a 20 year old female and a 23 year old male who died in July of 1987 in an apartment building fire in St. George.

The jury found that the deaths resulted from "asphyxiation due to smoke inhalation". The manner of death was described as follows: "as the result of fire of unidentified origin".

The recommendation of the jury, which was forwarded to the Minister of Municipal Affairs and Environment, the Minister of Labour and the Mayor of the Town of St. George, was as follows:

1) "That the fire department be commended for containing the fire as they did and would recommend that the fire department make periodic checks particularly in the older buildings in the Town, as regarding wiring in any areas where paper and junk are apt to collect, also the installation of fire alarms.

The Mayor of the Town of St. George replied that they have had all older apartment buildings inspected by the Safety Officer with the Department of Labour in co-operation with the Town Building Inspector and the concerns found have been acted upon depending on discrepancies found, such as smoke alarms and exits. He noted that the Town Council has had an on-going cleanup program on unsightly premises with several buildings demolished to date. He further indicated that a number of businesses and institutions have automated fire alarms interacted with the Town fire answering system utilizing NBTel equipment.

INQUEST NO. 10

On September 17 an inquest was held in Moncton into the death of a 17 year old male who died in June of 1987 while driving a four-wheel all terrain vehicle on a private dirt road in the Shediac area.

The jury found that the death resulted from "neck injuries". The manner of death was described as follows: "by coming in contact with a poorly marked cable barring a private road and the possibility of excessive speed for the conditions".

.../42

The recommendations of the jury, which were sent to the owner of the property, were as follows:

1) "That operators of recreational vehicles should respect private property and obtain permission before using.

2) That barriers on private roads should be placed closer to the entrance and be clearly marked."

INQUEST NO. 11

On September 22 an inquest was held in Richibucto into the death of a 10 year old girl who died in December of 1986 in a house fire at Big Cove, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from "smoke inhalation and burns". The manner of death was described as follows: "while being trapped in a house fire".

The recommendation of the jury, which was sent to the Minister of Health and Community Services, was as follows:

1) "That flamable material be kept out of the reach of children."

.../43

The recommendation made by the jury is one which does not directly affect the Department of Health and Community Services, but the Chief Coroner felt that the overall circumstances surrounding the death as it related to another child was a concern of the Department of Health and Community Services in the administration of the Family Services Act. The Minister of Health and Community Services replied that the Family Services Act as it relates to child protection services is administered through the Big Cove Indian Agency and their staff will be working with the Indian Agency regarding this concern.

INQUEST NO. 12

On October 6 an inquest was held in Sussex into the death of a 37 year old man who died in August of 1987 while working on a conveyor belt at the Potash Mine near Sussex.

The jury found that the death resuled from "severe crushing of all vital organs, including the brain and cardio-respiratory system". The manner of death was described as follows: "after crawling onto a conveyor belt possibly unaware of the extreme tension of the belt (in order) to remove muck, after removing potash from pinch point, tension of belt was relieved pulling the victim around the tail pulley thus resulting in death".

.../44

The recommendations of the jury, which were forwarded to the New Brunswick Occupational Health and Safety Commission, Denison-Potocan Potash Company, and Canadian Mines Development Corporation, were as follows:

1) "That new employees should have senior men on the job with them to ensure that they follow recommended safety procedures for a recommended period of time.

2) Proper tools should be on job site at all times.

3) That employees be made aware of the potential danger of dynamic tension on belts, and this should be discussed through their safety meetings and job orientation."

The New Brunswick Occupational Health and Safety Commission replied that recommendations one and two dealing with new employees and proper tools respectively are generally addressed in existing regulations under the New Brunswick Occupational Health and Safety Act. In order that the specific thrust of these recommendations may be considered they have sent the recommendations to the attention of a sub-committee of health and safety commissioners responsible for legislative review and that their consideration and action will be reported

in due course. The Commission reported that recommendation three, concerning the alerting of employees to the existence and danger of dynamic tension in conveyor belts, was under consideration. They expressed difficulty in determining how to best get this information into the workplace considering the fact that this recommendation applies to all work situations where conveyor belts are in use, not only to the mining industry. The Commission will publish a hazard alert in their newsletter publication "At Work" which has a distribution of over 4,500 - more than 3,000 copies to individual workplaces and 1,500 copies to unions, joint health and safety committees and other provinces. They also would address the topic of conveyor belt maintenance with their inspection and education staff. Denison-Potacan Potash Company replied that the recommendations put forward by the jury have been implemented and will be stressed in the training programs of all appropriate personnel.

INQUEST NO. 13

On October 8 an inquest was held in Saint John into the death of a 67 year old woman who died in June of 1987 at the St. Joseph's Hospital in Saint John.

.../46

The jury found that the death resulted from "pulmonary embolism". The jury also indicated "chances are that if a more complete and thorough exam at the Out-Patient Department (at the Regional Hospital) had been done this could have been prevented". The manner of death was described as "by natural causes".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Minister of Health and Community Services, the Executive Director, Saint John Regional Hospital, and the Administrator, St. Joseph's Hospital, were as follows:

1) "That both hospitals (the Saint John Regional and St. Joseph's) should be more aware of what services are available (ie) lung scan and not be timid on using these services.

2) That hospital records should be more accessible (updated) before a two week period in case someone from the Out-Patient Department should have to check in between times.

3) That discharge slips should have FULL doctors' signatures.

4) That air conditioning should be checked into - different zoning perhaps.

.../47

5) That the Out-Patient Department is too UNDERSTAFFED."

The Minister of Health and Community Services replied that his staff in the Department will be reviewing the entire case with the hospitals involved and once this review has been completed will advise the Chief Coroner on the action taken.

INQUEST NO. 14

On July 6 an inquest was held in Saint John into the death of an 80 year old female, a 65 year old female and a 71 year old male who died in October of 1986 in an apartment building fire in Saint John.

The jury found that the deaths resulted from "smoke inhalation and carbon monoxide poisoning". The manner of death was described as follows: "as a result of a fire in an apartment building at 115 Woodhaven Drive, Saint John, New Brunswick, caused by person or persons unknown".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Mayor of the City of Saint John, the Fire Chief of the City of Saint John, the Minister of Municipal Affairs and Environment, and the Building Manager of the building where the fire occurred, were as follows:

.../48

1) "That sprinkler systems be installed in common areas of any apartment building having eight or more apartments.

2) That the central fire alarms in all apartment buildings of eight apartments or more be directly connected to the central control unit of the Saint John Fire Department.

3) Strict enforcement of the building code requirements in that wall panelling be prohibited in common areas of apartment buildings both during construction and subsequent renovations. Further, that fire resistant materials only be used in common areas of apartment buildings. This is to include carpeting or other floor covering.

4) Any false alarm of the central fire alarm system in any apartment building be reported to the appropriate authorities for necessary follow up action such as criminal charges.

5) Appropriate signs stating FIRE/SMOKE DOORS MUST BE KEPT CLOSED AT ALL TIMES IN COMPLIANCE WITH APPROPRIATE LAWS. FURTHER IF SUCH LAWS ARE NOT IN EFFECT THAT SAID LAWS BE ENACTED.

.../49

6) That the building owner be held responsible to ensure all emergency and safety measures be installed, operational and adhered to (ie. such as proper use of fire doors; Building Code compliance, etc.)."

The Minister of Municipal Affairs and Environment has replied that he has asked the Provincial Fire Marshall for his comments as to the implications of the jury's findings and recommendations. He further stated that before those comments are known, the Provincial Fire Marshall would have to consult with local fire authorities, members of the Provincial Fire Advisory Committee and members of the Fire Council on the National Building Code of Canada and the National Fire Code of Canada. In due course, a report will be prepared and forwarded to the Chief Coroner's Office respecting enforcement, costs involved and changes in legislation.

INQUEST NO. 15

On December 3 an inquest was held in Caraquet into the death of a 42 year old man who died in May of 1986 while in custody at the Caraquet Town Police cell.

.../50

The jury found that the death resulted from "undetermined causes as indicated in the pathologist's report".

The recommendation of the jury, which was forwarded to the Chief of the Caraquet Town Police and to the Director of Policing Services in the Department of Justice, is as follows:

1) "That guards should have first-aid training".

SEIZIÈME RAPPORT ANNUEL DU CORONER EN CHEF

PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

POUR LA PÉRIODE DU

1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1987

78-3913 (5/88)

SEIZIÈME RAPPORT ANNUEL

DU

CORONER EN CHEF

DE LA

PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1987

DIVISION DES CORONERS
DIRECTION DU MAINTIEN DE L'ORDRE
MINISTÈRE DE LA JUSTICE

OFFICE OF THE CHIEF CORONER / BUREAU DU CORONER EN CHEF
York County Court House / Palais du justice du comté de York
Fredericton, New Brunswick / Fredericton, Nouveau-Brunswick

John H. Evans
Chief Coroner / Coroner en chef

DEPARTMENT OF JUSTICE
MINISTÈRE DE LA JUSTICE

L'honorable Conrad Landry
Ministre responsable de la Loi sur les coroners
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le seizième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1987, en application de l'article 43 de la Loi sur les coroners.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.

JOHN H. EVANS
Coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

TABLE DES MATIÈRES

		PAGE
A.	SURVOL HISTORIQUE	1
	Origine de la fonction de coroner	1
	Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Âge à nos jours	3
	L'expérience canadienne	6
B.	LE SYSTÈME DE CORONERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK	8
	Organisation	8
	Déclaration	9
	Pouvoirs d'investigation de la Division des coroners	9
	But de l'investigation	11
	La décision de mener une enquête	11
	Résumé	12
C.	RÉSUMÉ STATISTIQUE DES INVESTIGATIONS MENÉES À LA SUITE DE DÉCÈS	14
	Tableau "A" - Nombre total de décès signalés	15
	Tableau "B" - Morts accidentelles	15
	Tableau "C" - Suicides - selon le sexe, l'âge et le comté	16
	Tableau "D" - Suicides - selon le moyen, l'âge et le sexe	17
	Tableau "E-1" - Homicides domestiques - selon le district judiciaire	18
	Tableau "E-2" - Homicides domestiques - selon la victime et l'agresseur	18
	Tableau "F" - Données comparatives (1977-1986)	19
D.	RÉSUMÉ DES ENQUÊTES ET RECOMMANDATIONS	20

A. SURVOL HISTORIQUE

Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais, après celles de monarque et de shérif, et sa véritable origine est loin de faire l'unanimité. Mentionnée par écrit pour la première fois pendant le règne du roi Alfred (871-910), elle remonte probablement aux alentours de la conquête normande, époque où le coroner, sous le nouveau régime, vient à jouer un rôle important dans l'administration de la justice. Son évolution suit l'histoire juridique et constitutionnelle anglaise et les transformations qu'elle a subies depuis mille ans.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. Au départ, et la même chose valait pour ses autres fonctions, il s'agissait essentiellement de protéger les intérêts financiers de la Couronne. À cet égard, le coroner devait établir la cause du décès; si le cadavre était celui d'un Normand, par opposition à un Anglo-Saxon, il fallait payer un impôt à la Couronne. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. En revanche, si ce dernier était arrêté et condamné, tous ses biens et possessions revenaient de droit à la Couronne sur confiscation par le coroner. En outre, si la première personne à découvrir un cadavre omettait d'en

aviser les autorités locales et que celles-ci n'avisaient pas à leur tour le coroner, la Couronne imposait alors une amende spéciale à la ville entière pour manquement à ses devoirs. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les juridictions de common law.

Les autres tâches du coroner étaient surtout administratives et ne revêtent plus aujourd'hui qu'un intérêt historique : il tenait les dossiers judiciaires de la Couronne; il percevait et conservait les recettes fortuites de la Couronne, notamment les objets personnels ayant été cause accidentelle de mort d'homme, les épaves de mer, les baleines, esturgeons et marsouins qui, échoués ou capturés près de la côte, appartenaient au souverain, les trésors découverts par le pur effet du hasard puis, finalement, les biens confisqués mentionnés ci-dessus; il entendait le serment de ceux et celles qui demandaient asile; il exerçait également un contrôle sur les fonctions de percepteur du shérif et devait remplacer ce dernier s'il était frappé d'incapacité pour cause de défaut ou d'opposition d'intérêts.

La diversité des fonctions de cet officier et leur évolution au cours de l'histoire se reflètent dans l'origine même du mot "coroner", qui serait dérivé du vocable anglo-français pour "couronne", "corouner". Néanmoins, son

... 3

appellation précise semble avoir varié de temps à autre. Pendant le règne de Richard 1er, il s'appelait "coronarius"; sous le roi Jean, par contre, il cédait la place à "coronator", car au début il avait la garde du rôle des actions en justice intentées par la Couronne. Selon sir Thomas Smith (1583), l'appellation provient du mot "crowner" ou "coronator", puisque le décès de n'importe quel sujet par acte de violence touchait la Couronne et lui était préjudiciable. Autrement dit, le coroner, indépendamment de l'orthographe et de la prononciation du terme, était en réalité le représentant local du souverain. Une remarque est digne d'intérêt ici : alors que le mot "coroner" (dans sa graphie actuelle) fit son apparition au XIVe siècle, le nom de "crowner" est en usage encore aujourd'hui dans le nord de l'Irlande et est utilisé vulgairement dans certaines régions d'Angleterre.

Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Âge à nos jours

La meilleure façon de retracer l'histoire et l'évolution de la fonction de coroner est de se reporter à la législation anglaise.

L'article 20 du code de justice de Eyre (1194) prévoit l'élection dans chaque comté de trois chevaliers et d'un clerc en tant que "gardiens du rôle des actions en justice intentées par la Couronne". À ce propos, le coroner doit habiter le comté

ou la municipalité qu'il représente. L'autre condition de candidature, c'est sa richesse, que l'on considère sans doute comme une certaine garantie contre l'inconduite, infraction pour laquelle il risque de se faire confisquer ses terres et possessions par le roi. Comme cette fonction n'est pas rémunérée avant 1487, ses principaux attraits à l'origine sont probablement le prestige et le service public. Le coroner prête serment devant le shérif, a juridiction sur l'ensemble du comté et est nommé à vie durant bonne conduite. Il peut toutefois perdre son poste s'il accède à celui de shérif.

En 1276, pendant le règne d'Édouard 1er, est promulguée la loi intitulée De Officio Coronatonis. Cette loi énonce les fonctions d'enquêteur du coroner. Ainsi, sur sommation du huissier ou de tout autre honnête homme, le coroner doit se rendre sur les lieux d'un décès, pour ensuite convoquer les hommes de quatre villes avoisinantes qui vont former le jury. Cette loi pose pour la première fois les questions fondamentales auxquelles il faut répondre lorsque l'on enquête sur une mort non naturelle. Elles demeurent inchangées après sept siècles : Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte?

L'avènement, en 1361, des juges de paix amorce la longue déchéance du rôle du coroner en matière criminelle. On a trouvé d'autres moyens de percevoir les recettes de la Couronne et l'officier perd également ses fonctions de contrôleur des

finances. En 1487, une loi prévoit le versement d'honoraires au coroner pour chaque enquête qu'il mène sur un décès soudain et non naturel. Comme le coroner est loin d'être populaire auprès des juges (qui l'avaient remplacé dans les causes criminelles), ceux-ci lui versent normalement le minimum prescrit. En conséquence, seuls les hommes de loi peu expérimentés ont tendance à accepter le poste. On se plaint souvent que le coroner procède à des enquêtes inutiles dans le seul souci d'arrondir ses maigres revenus. Chose étonnante, la fonction de coroner survit malgré cette adversité et regagne même une certaine importance pendant la révolution industrielle. Ce regain d'intérêt pour la profession est attribuable dans une large mesure au nombre de plus en plus grand de décès soudains et non naturels. Par ailleurs, le coroner continue à s'occuper des suicides et des cas d'homicide douteux, quoique les juges de paix aient pris en main les cas d'homicide manifeste.

En 1836, la loi anglaise est modifiée et le coroner peut dès lors rémunérer les médecins-experts à qui il demande avis. Ainsi, le coroner est davantage en mesure de se prononcer sur les cas d'homicide douteux, car il peut faire faire une autopsie. En sa qualité d'enquêteur médico-légal, il regagne une partie du prestige qu'il avait perdu en matière criminelle. Par ailleurs, son étroite association avec les experts jette les bases du système actuel en Angleterre. En 1860, une autre loi

... 6

vient renforcer cette nouvelle image de marque; en effet, le système d'honoraires cède la place à un système de salaires pour le coroner de comté. Puis, en 1887, une nouvelle loi exige la tenue d'une enquête chaque fois que le coroner a des raisons de croire qu'un décès est attribuable à un acte de violence ou à une cause non naturelle, ou encore que la cause du décès est inconnue. L'année 1888 marque un autre pas en avant : l'Angleterre remplace l'élection des coroners par un système de nominations.

D'autres changements viennent modifier le système. En 1926, le coroner perd une partie de ses pouvoirs judiciaires; en effet, il est tenu de mettre fin à son enquête sur les cas de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide dès mise en accusation. La même année, il n'est plus obligatoire de procéder à une enquête sur tout cas de décès dont la cause est inconnue. En 1977, les pouvoirs du coroner sont encore restreints et il n'a plus le droit de rendre un verdict de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide, fait qui lui enlève le droit de mise en accusation que lui donnait la common law.

L'expérience canadienne

Le coroner de common law fait son apparition outre-Atlantique très tôt, de sorte que chaque province et État s'est inspiré du modèle anglais.

Au Canada, la fonction est instituée avant que le système de common law, de qui elle participe, ne subisse les

transformations qui modifient le rôle du coroner en Angleterre. Après la Confédération, l'enquête du coroner provincial sur les cas d'homicide est plus ou moins une enquête préliminaire. En 1892, le premier Code criminel ôte au coroner son pouvoir de mise en accusation. Dans le cas de certains verdicts, toutefois, la personne désignée nommément peut être mise sous garde et conduite devant un juge ou se voir astreinte à contracter un engagement de comparaître, mais on s'est rarement prévalu de cette disposition ces dernières années.

Chaque province et territoire du Canada a son propre système d'enquête sur les morts soudaines. Ceci dit, la plupart des provinces ont limité les pouvoirs du coroner à l'établissement de la responsabilité civile ou criminelle. Trois d'entre elles, à savoir l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba, ont maintenant un système d'expertise médicale. Terre-Neuve, de son côté, n'a pas de système de ce genre, ni même de coroners. Dans cette province, c'est un juge qui enquête sur les morts soudaines aux termes de la Loi sur les poursuites sommaires. Les autres provinces et les deux territoires ont pour leur part un système de coroners qui s'inspire, à des degrés divers, du modèle de la common law.

Le système en vigueur au Nouveau-Brunswick s'apparente étroitement à celui de la common law; le coroner peut se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle, mais il exerce rarement ce pouvoir dans les faits.

B. LE SYSTÈME DE CORONERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Organisation

Au Nouveau-Brunswick, la Division des coroners, aux fins d'organisation et d'administration, relève de la Direction du maintien de l'ordre du ministère de la Justice. Le coroner en chef est chargé de la surveillance générale du système. Son bureau est situé à Fredericton et il est assisté de trois coroners de district directement responsables des activités à l'intérieur de régions désignées, dont les bureaux se trouvent à Campbellton, Moncton et Saint John. En outre, tous les shérifs et shérifs adjoints sont coroners d'office, quoiqu'ils n'agissent pas tous à ce titre au sein du système. Actuellement, 36 employés à temps plein parmi eux sont coroners. Par ailleurs, un certain nombre de coroners non juristes sont nommés et ils travaillent à l'acte pour un traitement purement nominal. Ils représentent un vestige nécessaire de l'ancien système des coroners en place avant 1971, lequel n'employait que des coroners non juristes. Six des 17 coroners non juristes sont médecins, ce qui, avant l'arrivée de pathologistes hautement qualifiés et compétents dans la province, était très avantageux pour le système. Les coroners non juristes continuent à dispenser un excellent service dans leur localité.

Déclaration

Dans la province, le seul cas où il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié (sauf si la mort survient : (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon soudaine et inattendue; ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une investigation). Par contre, la Division des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un élément essentiel de l'application des lois car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Pouvoirs d'investigation de la Division des coroners

Aux fins d'investigation, la Division des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Sackville), à un corps de police municipal et à la Patrouille routière du Nouveau-Brunswick, qui ont chacun leur domaine de compétence. En outre, comme certains des décès signalés comportent des éléments de criminalité, l'investigation relève quelquefois tant

... 10

de la police que du coroner et exige par conséquent une étroite collaboration entre les deux. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux, situés à Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston et Woodstock, de même qu'à ceux du toxicologue provincial, qui se trouve à Saint John.

De plus, deux des pathologistes du laboratoire régional de Saint John ont accepté de fournir aux coroners, à partir du 1er janvier 1982, un service de médecine légale centralisé. Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de "type II", nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut maintenant utiliser le service susmentionné. Dans un cas semblable, le cadavre doit être transporté au laboratoire de Saint John pour l'autopsie. S'il y a lieu, le médecin légiste peut aussi aider le coroner ou la police en se rendant sur les lieux du décès. Depuis longtemps, les deux pathologistes qui agissent à titre de médecins légistes manifestent un intérêt marqué pour la médecine légale et ont fait valoir leur compétence comme témoins experts tant au cours des enquêtes que des procès au criminel.

... 11

But de l'investigation

Le but de l'investigation du coroner a évolué au fil des ans. Pendant de nombreuses années, on s'est attaché principalement à rechercher la cause médicale réelle du décès, à l'exclusion de presque tous les autres éléments. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et, dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique. Il faut donc quelquefois que le coroner ordonne la tenue d'une enquête même si la cause du décès est connue.

La décision de mener une enquête

Une des décisions les plus difficiles que doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête. À l'origine, l'enquête faisait partie des fonctions du coroner dans tous les cas dont il s'occupait. À la longue, cependant, la common law a évolué au point où la décision de mener une enquête a fini par relever uniquement du coroner.

Dans certaines circonstances, un coroner local, le coroner en chef ou le ministre de la Justice peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès, ce qui a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès

par mort violente ou accidentelle. L'enquête est aussi importante du fait qu'elle met l'accent sur des situations où il est possible d'intervenir pour empêcher que des événements semblables ne se reproduisent. À cette fin, les coroners se doivent d'examiner attentivement toutes les circonstances entourant les morts violentes ou accidentelles afin de procéder à une enquête si cela se révèle utile. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans des circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations du jury aux personnes, organismes et ministères concernés. Il ne peut forcer quelque particulier ou organisme que ce soit à donner suite aux recommandations. Cependant, certaines d'entre elles sont mises en oeuvre d'une façon ou d'une autre, sans doute par crainte des organismes concernés de se retrouver dans une situation fort embarrassante s'il advenait qu'un deuxième décès survienne dans des circonstances semblables et qu'on ait négligé de prendre les mesures voulues pour corriger la situation à l'origine du premier décès.

Résumé

La Division des coroners mène une investigation dans 35 % à 40 % des quelque 5 000 décès qui surviennent chaque année dans la province. Un pourcentage élevé des décès soumis à une

... 13

investigation sont dus à des causes naturelles. Le coroner fait faire une autopsie dans moins de 40 % des cas et ordonne une enquête dans environ 1 % des décès qui font l'objet d'une investigation. Plus de 90 % des investigations sont actuellement menées par des coroners d'office qui travaillent à temps plein pour la Division des shérifs.

Je tiens à remercier tous les organismes d'application de la loi et les organismes connexes pour la collaboration et l'aide qu'ils ont apportées au cours des investigations des coroners. Ce sentiment de gratitude s'étend aussi à tous les coroners, qui ont fait preuve, une fois encore, de beaucoup de dévouement et de professionnalisme dans des circonstances souvent pénibles.

C. RÉSUMÉ STATISTIQUE DES INVESTIGATIONS MENÉES À LA SUITE DE DÉCÈS

Depuis le 1er janvier 1986, les décès signalés à la Division des coroners et sur lesquels celle-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories bien distinctes : les accidents, les suicides, les homicides, les morts naturelles et les décès d'origine inconnue.

La catégorie des "accidents" englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

La catégorie des "suicides" englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie des "homicides" englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un.

La catégorie des "morts naturelles" englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

La catégorie des "décès d'origine inconnue" englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de décider s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

... 15

Comme l'indique le tableau "A" ci-dessous, le nombre total de décès signalés à la Division des coroners et sur lesquels celle-ci a fait une investigation s'élevait à 1 825 pour l'année, dont 1 472 dus à des causes naturelles.

TABLEAU "A" 1987

Catégorie de décès	Nombre de décès	Autopsies
Accidents	253	161
Suicides	76	52
Homicides	19	19
Morts naturelles	1 472	424
Décès d'origine inconnue	5	5
TOTAL	1 825	661

Le tableau "B" ci-dessous présente des données sur les 253 morts accidentelles survenues durant l'année.

MORTS ACCIDENTELLES - TABLEAU "B" 1987

Cause du décès	Nombre de décès	Autopsies
Accidents de véhicule à moteur	122	71
Accidents de motocyclette	11	8
Accidents de véhicule tous terrains	4	2
Accidents de motoneige	2	1
Accidents de bicyclette	7	3
Piétons morts accidentellement	10	7
Accidents d'avion	5	4
Accidents à la ferme	2	-
Accidents du travail	8	7
Incendies	26	20
Accidents d'arme à feu	2	1
Surdoses de drogue	9	9
Pendaisons	-	-
Noyades	31	19
Morts au berceau	-	-
Autres	14	9
TOTAL	253	161

... 16

Le tableau "C" ci-dessous présente des données sur les 76 suicides survenus durant l'année, selon le sexe, l'âge et le comté.

SUICIDES

TABLEAU "C" 1987

COMTÉ	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		71 et plus		Total (Hommes)	Total (Femmes)	Total par comté	Pourcentage de suicides
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
ALBERT			1		1										2		2	2,63
CARLETON						1			1						1	1	2	2,63
CHARLOTTE								1								1	1	1,32
GLOUCESTER			2		3								1		8		8	10,5
KENT										1						1	1	1,32
KINGS			2		1			1							3	1	4	5,3
MADAWASKA	2		4		1		2	1		1	1				10	2	12	15,8
NORTHUM-BERLAND	1	1	1				1		1						4	1	5	6,6
QUEENS									1		1				2		2	2,63
RESTIGOUCHE			1		1				1		1		1		5		5	6,6
SAINT JOHN	1	1	4		1	1									6	2	8	10,5
SUNBURY	1		1				1		1						4		4	5,3
VICTORIA					1								1		2		2	2,63
WESTMORLAND	2		2	1	1	1	2		2		1				10	2	12	15,8
YORK	1		3			1			1	1	1				6	2	8	10,5

Le tableau "D" ci-dessous présente des données sur les moyens utilisés, selon l'âge et le sexe de la victime.

SUICIDES

TABLEAU "D" 1987

MOYEN	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		71 et plus		Total (Hommes)	Total (Femmes)	Total partiel	Pourcentage du total
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
Arme à feu	5		15		10	2	3	2	6	1	2		2		43	5	48	63,2
Pendaison	1		3		1		2		1				1		9		9	11,8
Surdose de drogue	1	2				2			1	1					3	5	8	10,5
Empoisonnement au monoxyde de carbone	1			1							1				2	1	3	3,9
Noyade								1	2	1	2				4	2	6	7,9
Autre			2												2		2	2,6
Total	8	2	21	1	11	4	5	3	10	3	5		3		63	13	76	
Hommes	8		21		11		5		10		5		3		63			
Femmes	2		1		4		3		3							13		
Nombre par groupe d'âge	10		22		15		8		13		5		3					
Pourcentage du total	13,1		28,9		19,7		10,5		17,1		6,6		3,9					

Le tableau "E" ci-dessous présente les décès classés comme homicides de nature domestique, selon le district judiciaire et selon la victime et l'agresseur.

Pour savoir si un homicide doit être classé comme domestique, on s'est reporté à la définition générale du terme "famille" dans la Loi sur l'organisation judiciaire, paragraphe 11(1.1). Il s'agit de la première année (1987) que ces données sont publiées sous cette forme dans le rapport annuel.

TABLEAU "E-1"

HOMICIDES DOMESTIQUES - selon le district judiciaire

District judiciaire	1987 Nombre
Bathurst	1
Campbellton	
Edmundston	
Fredericton	
Moncton	2
Newcastle	
Saint John	2
Woodstock	
TOTAL	5

TABLEAU "E-2"

HOMICIDES DOMESTIQUES - selon la victime et l'agresseur

Victime	Agresseur
épouse	époux
beau-père	beau-fils
petite amie	petit ami
frère	frère
épouse	époux

.../19

Le tableau "F" ci-dessous présente des données comparatives sur les morts accidentelles et violentes survenues de 1977 à 1986.

TABLEAU "F"

1977 à 1986

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	Moyenne
Accidents de véhicule à moteur	166	173	210	180	146	176	108	137	84	95	148
Accidents de bicyclette	4	4	5	7	6	2	3	8	2	3	4
Piétons morts accidentellement	41	55	44	43	40	26	17	27	28	24	35
Noyades	40	30	42	43	37	33	20	26	30	24	33
Accidents d'avion	5	1	5	6	–	1	2	2	–	––	2
Accidents à la ferme	3	5	5	4	4	8	1	3	2	2	4
Accidents d'arme à feu	–	1	4	6	5	1	3	7	4	2	3
Homicides	13	27	10	10	15	13	10	16	15	14	14
Accidents du travail	8	13	14	11	7	10	7	15	12	12	11
Suicides	70	107	90	83	67	91	105	86	83	103	89
Incendies	41	45	27	31	17	16	15	25	27	25	27
Morts au berceau	19	21	19	21	17	9	20	20	13	5	16
Accidents de motoneige	3	11	4	5	2	2	3	2	2	2	4
Autres	41	65	62	79	57	56	33	49	18	26	49
TOTAL	461	558	541	530	419	444	347	423	320	337	439

... 20

D. RÉSUMÉ DES ENQUÊTES ET RECOMMANDATIONS

ENQUÊTE N° 1

Une enquête a été menée le 20 janvier à Sussex par suite du décès d'un homme de 50 ans survenu en novembre 1986 à la mine Denison, près de Sussex.

Le jury du coroner a conclu que l'homme avait succombé à des "blessures internes et à la tête", dans les circonstances suivantes : "Mort accidentellement, il a apparemment mal jugé la proximité du bord du puits vertical en raison du nuage de poussière dégagé par la machine S2B passant par-dessus l'ouverture et a plongé dans le puits à une profondeur d'environ 133 pieds."

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au directeur de la Denison Potacan Potash Company de la Canadian Mines Development Corporation, à la Denison Potacan Potash Company et à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick, étaient :

1) "que des butoirs soient placés à l'ouverture de tous les puits verticaux ou autres types d'excavations présentant un risque de chute accidentelle. Ils devraient être suffisamment hauts pour empêcher qu'on ne passe par-dessus, et un programme de nettoyage régulier autour des butoirs devrait être établi afin d'éviter l'accumulation de poussière;

.../21

2) que des panneaux d'arrêt réfléchissants soient placés vis-à-vis des butoirs et fixés aux parois des tunnels et que des panneaux d'avertissement réfléchissants soient placés 25 pieds avant les panneaux d'arrêt."

La Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick a répondu qu'il serait souhaitable que ses nouveaux projets de réglementation soient modifiés de manière à mieux refléter les recommandations du jury. Elle va donc présenter les recommandations à son Comité d'étude des règlements.

ENQUÊTE N^{O} 2

Une enquête a été menée le 30 janvier à Saint John par suite du décès d'un petit garçon de 19 mois survenu en novembre 1986, à l'hôpital régional de Saint John.

Le jury du coroner a conclu que le petit garçon avait succombé à un "hématome cérébral" et qu'il s'agissait d'une "mort naturelle".

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au service d'éducation préscolaire et familiale du YM/YWCA et à la ministre de la Santé et des Services communautaires, étaient :

1) "qu'une garderie soit créée pour les enfants de moins de deux ans;

2) que les garderies respectent rigoureusement la tranche d'âge stipulée dans leur permis."

La ministre de la Santé et des Services communautaires a répondu que la première recommandation serait prise en considération dans le cadre d'une étude devant être effectuée en vue d'élaborer une nouvelle politique relative à la garde et à l'éducation des enfants en bas âge (de 0 à 5 ans). Cette recommandation sera également signalée aux comités interministériels au cours de leurs réunions qui ont présentement lieu pour étudier les services aux enfants en bas âge. Pour ce qui est de la deuxième recommandation, la ministre de la Santé et des Services communautaires veillera à ce que la tranche d'âge pour laquelle une garderie est accréditée soit stipulée dans tous les permis qui seront délivrés à l'avenir. Les coordonnateurs des services à la petite enfance du Ministère s'assureront, au cours de leurs visites aux garderies, que ces dernières respectent bien les tranches d'âge stipulées dans leur permis.

.../23

ENQUÊTE N^{O} 3

Une enquête a été menée le 2 mars, à Newcastle, par suite du décès d'un homme de 20 ans survenu en juillet 1986 à Loggieville, au Nouveau-Brunswick. L'homme est accidentellement tombé à l'eau, d'un bateau.

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à une "noyade" et qu'il s'agissait d'une "noyade accidentelle".

La recommandation du jury, qui a été communiquée au propriétaire du bateau, était :

1) "que le bateau soit amarré à une plus grande distance de la rive afin de moins tenter les voleurs éventuels."

ENQUÊTE N^{O} 4

Une enquête a été menée le 9 mars, à Newcastle, par suite du décès d'un homme de 50 ans survenu en novembre 1986, à l'hôpital de Moncton. L'homme est tombé dans un bassin chaud au moulin Burchill, à Nelson-Miramichi, comté de Northumberland.

Le jury du coroner a conclu que l'homme avait succombé à des "brûlures graves", dans les circonstances suivantes : "L'homme est tombé dans le bassin chaud du moulin Burchill lorsque le garde-fou contre lequel il prenait appui pour tirer une bille à l'aide d'une gaffe a cédé sous son poids."

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées à la Burchill Plywood (1984) Limited et à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick, étaient :

1) "qu'une grille en acier soit installée sur la passerelle dans l'aire du bassin chaud;

2) qu'un garde-fou en acier soit installé sur la passerelle et pourvu d'un grillage en acier allant du haut du garde-fou jusqu'au plancher afin d'éviter qu'une personne puisse glisser sous le garde-fou;

3) que chaque personne sur la passerelle soit tenue de porter une ceinture de sécurité et que la ceinture, la lanière et le câble de sécurité soient inspectés régulièrement."

ENQUÊTE N^{O} 5

Une enquête a été menée le 5 mars, à Caraquet, par suite du décès d'un petit garçon de 15 mois survenu en juin 1986. Le petit garçon est décédé à l'hôpital pour enfants Izaak Walton Killam d'Halifax, en Nouvelle-Écosse, après avoir été transféré de l'hôpital régional Chaleur de Bathurst. Il avait tout d'abord été admis à l'hôpital L'Enfant-Jésus de Caraquet, puis transféré le même jour à l'hôpital régional Chaleur de Bathurst.

Le jury du coroner a conclu que le petit garçon avait succombé à des "complications hypoxémiques reliées à une épiglottite", dans les circonstances suivantes :

> "Bien que l'épiglottite n'ait pas été diagnostiquée dès l'admission de l'enfant à l'hôpital de Caraquet, elle l'a été à l'hôpital régional Chaleur de Bathurst où une intervention chirurgicale a été pratiquée. Des complications, prévisibles mais rares, se sont ensuivies et elles se sont avérées fatales."

Les recommandations du jury, qui on été communiquées à la ministre de la Santé et des Services communautaires, au registraire du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, au directeur exécutif de l'hôpital régional Chaleur de Bathurst, au directeur exécutif de l'hôpital L'Enfant-Jésus de Caraquet et au directeur exécutif de la Société médicale du Nouveau-Brunswick, étaient :

1) "que l'hôpital L'Enfant-Jésus de Caraquet doit s'assurer que le médecin de garde à l'hôpital puisse rejoindre en tout temps un radiologue afin de l'aider à faire un diagnostic;

2) que, compte tenu du nombre d'heures de garde qu'un médecin doit assurer durant la fin de semaine, le conseil d'administration de l'hôpital L'Enfant-Jésus de Caraquet étudie la possibilité d'établir un partage plus équitable des heures de garde durant la fin de semaine."

La ministre de la Santé et des Services communautaires a répondu que l'hôpital L'Enfant-Jésus de Caraquet a déjà entrepris la révision des horaires de garde, conformément à la deuxième recommandation. En ce qui concerne la première recommandation, elle a signalé qu'il sera difficile de s'y conformer pleinement étant donné qu'il n'y a, à l'heure actuelle, qu'un seul radiologue pour la région Caraquet/Tracadie. Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a répondu que le Conseil du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne peut voir comment il lui serait possible d'appliquer les recommandations issues de l'enquête puisqu'il s'agit, en fait, d'un problème d'effectif. La solution à ce problème réside dans le recrutement de médecins supplémentaires et, en particulier, de radiologues dans cette région de la province. Les efforts en ce sens doivent être déployés dans la région même. L'hôpital L'Enfant-Jésus Inc. a répondu que les mesures suivantes avaient été prises à la suite des recommandations qui lui ont été adressées :

1) "que, lorsqu'il doit s'absenter, le radiologue desservant les hôpitaux de Tracadie et de Caraquet veillera à communiquer à l'hôpital L'Enfant-Jésus le nom de la personne qui le remplacera, tout en précisant où et comment la rejoindre, ainsi que la date de son retour.

.../27

2) qu'aucun généraliste ne sera de garde pour une période de 24 heures consécutives, sauf en cas de circonstances particulières ou imprévisibles."

Le coroner en chef a répondu qu'il était satisfait des mesures prises à l'égard des recommandations du jury.

ENQUÊTE N^{O} 6

Une enquête a été menée les 2 et 3 avril, à Saint John, par suite du décès d'un garçon de huit ans survenu en mars 1987. Le garçon était allé nager avec un groupe de compagnons à la piscine d'un motel de Saint John, au Nouveau-Brunswick.

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à une "asphyxie par noyade", dans les circonstances suivantes : "Ne sachant pas nager, il a glissé sous l'eau sans que personne ne s'en aperçoive."

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au motel The Colonial Inns Limited, à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick, à la ville de Saint John, à la Croix-Rouge (programme de sécurité aquatique) et à la ministre de la Santé et des Services communautaires, étaient :

.../28

1) "que la clarté de l'eau soit maintenue de manière à ce que l'on puisse voir le fond de la piscine;

2) qu'une corde de sécurité soit installée en permanence;

3) que des panneaux de mise en garde soient affichés bien en vue à l'extérieur de la piscine, indiquant que la piscine n'est pas surveillée et que les enfants doivent être accompagnés d'un adulte;

4) que du personnel qualifié se charge de l'entretien de la piscine;

5) que l'aire de la piscine soit bien éclairée;

6) que le matériel de sécurité et de sauvetage soit clairement identifié et facilement accessible;

7) que l'Assemblée législative de la province adopte, à l'échelle de la province, des normes exhaustives concernant la sécurité et l'exploitation des piscines et en assure l'application;

8) que la ville de Saint John adopte un arrêté municipal concernant l'application des normes de sécurité et d'exploitation des piscines."

.../29

La Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick a répondu qu'aucune des recommandations ne semblait être de son ressort, mais qu'elle acceptait de déléguer un représentant au comité chargé de l'élaboration des règlements concernant les piscines. Le ministère de la Santé et des Services communautaires a répondu qu'il travaillait à la réglementation des piscines depuis quelque temps et que l'Assemblée législative a adopté, au cours de sa dernière séance, des modifications à la Loi sur la santé relativement aux piscines. De plus, il a formé un comité de ministères et d'organismes intéressés afin d'entreprendre l'élaboration de règlements et d'étudier les recommandations du jury du coroner. Le motel The Colonial Inns Limited a répondu que les recommandations 1, 3, 5 et 6 ont été implantées. En ce qui a trait à la recommandation 2, le motel a peint une ligne rouge à l'endroit où le plancher de la piscine commence à s'incliner et a fait remarquer qu'une corde de sécurité est en place, mais peut être enlevée pour les nageurs qui veulent faire des longueurs. En ce qui concerne la recommandation 4, le motel a fait savoir que l'entretien de la piscine est confié à du personnel qualifié. Quant aux recommandations 7 et 8, le motel a signalé que pour un petit motel des Maritimes, il était trop onéreux d'engager des sauveteurs pour surveiller la piscine.

.../30

ENQUÊTE N^{O} 7

Une enquête a été menée le 14 avril, à Newcastle, par suite du décès d'un adolescent de 18 ans. L'adolescent a péri dans un accident de la route à Rogersville, au Nouveau-Brunswick.

Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à des "fractures multiples du crâne", dans les circonstances suivantes : "L'adolescent est mort à la suite d'un accident de voiture causé par une combinaison des facteurs suivants : chute en bas d'un remblai abrupt, absence de panneaux d'avertissement et de cul-de-sac et vitesse excessive."

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au maire du village de Rogersville, étaient :

1) "que des panneaux d'avertissement supplémentaires soient installés à Rogersville et dans les environs et que des panneaux d'avertissement appropriés soient installés et vérifiés régulièrement dans tous les endroits dangereux."

ENQUÊTE N^{O} 8

Une enquête a été menée les 26 et 27 octobre, à Saint John, par suite du décès d'un homme de 27 ans survenu en juillet 1987. L'homme était incarcéré au Centre correctionnel régional de Saint John.

.../31

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à une "pendaison entraînant l'asphyxie", dans les circonstances suivantes : "L'homme s'est suicidé par pendaison."

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au solliciteur général du Nouveau-Brunswick, étaient :

1) "qu'une méthode ou ligne de conduite quelconque soit établie pour s'assurer que tous les médicaments administrés aux détenus à risque particulièrement élevé soient réellement ingérés au moment où ils sont administrés;

2) qu'il n'y ait, autant que possible, aucun moyen à l'intérieur de la cellule d'attacher solidement une corde ou tout autre article pouvant permettre à un détenu de s'enlever la vie."

En outre, le jury a approuvé et présenté les recommandations 4 à 11 inclusivement contenues dans le rapport interne préparé sur ce décès à l'intention de la Direction des services correctionnels.

.../32

4) "que le directeur du Centre correctionnel régional de Saint John révise le guide des règles et modalités de l'établissement afin de fournir au personnel correctionnel des lignes directrices détaillées concernant les rondes de surveillance à effectuer dans toutes les parties de l'établissement, conformément à l'article C-7.4 du Guide des règles et modalités, Service des établissements pour adultes, Direction des services correctionnels.

5) que le directeur du Centre correctionnel régional de Saint John donne des instructions par écrit au personnel correctionnel afin de s'assurer qu'il n'y ait aucune confusion possible entre le règlement de l'établissement, selon lequel les détenus doivent être dénombrés à toutes les heures, et la règle de la Direction, selon laquelle des rondes de surveillance doivent être effectuées toutes les 30 minutes.

6) que le directeur du Centre correctionnel régional de Saint John adresse une directive à tout le personnel correctionnel stipulant que les veilleuses installées dans les cellules soient allumées durant tout le quart de nuit et que les surveillants de nuit appliquent rigoureusement cette directive.

.../33

7) que le directeur du Centre correctionnel régional de Saint John examine le système actuel de communication et de coordination de l'information concernant les détenus en captivité afin d'assurer que les renseignements pertinents sont portés à la connaissance de tout le personnel. L'accent devrait être mis en particulier sur la création d'un système d'information efficace afin d'assurer l'intervention appropriée du personnel administratif, professionnel et correctionnel auprès des détenus à risque élevé dans les unités d'isolement et à sécurité maximale.

8) que le directeur du Service des établissements pour adultes examine, de concert avec le directeur du Centre correctionnel régional de Saint John, le niveau et la qualité des interactions actuelles entre le personnel professionnel et les détenus du Centre correctionnel régional de Saint John. Devraient également être examinées la disponibilité et l'utilisation actuelles du personnel professionnel, ainsi que la nécessité d'offrir des services additionnels dans les domaines de l'intervention d'urgence, de l'évaluation des détenus et de l'élaboration de programmes.

.../34

9) que le conseiller médical de la Direction examine, de concert avec le médecin du Centre correctionnel régional de Saint John, l'opportunité de prescrire des médicaments aux détenus sans que ceux-ci ne soient examinés par l'infirmier ou le médecin, de même que le niveau actuel d'interaction entre les détenus et le médecin et la nécessité éventuelle d'accroître la qualité des services médicaux à l'établissement.

10) que le responsable des services infirmiers examine, de concert avec le conseiller médical, les pratiques infirmières en vigueur au Centre correctionnel régional de Saint John. Devrait également être examinée la nécessité de modifier les règles actuelles afin que tous les détenus admis à l'établissement subissent, dès leur entrée, un examen médical par l'infirmier, ainsi que les répercussions éventuelles que cela aurait au chapitre de la main-d'oeuvre.

11) que les extincteurs automatiques d'incendie situés dans les aires occupées par les détenus et non surveillées en permanence soient remplacés par des extincteurs automatiques plus sécuritaires conçus spécialement pour les établissements correctionnels, et que la Direction songe à en faire autant dans tous ses autres établissements non pourvus d'extincteurs spéciaux dans les aires occupées par les détenus."

.../35

En outre, le coroner a fait deux recommandations :

1) "que la Direction des services correctionnels installe un dispositif mécanique, tel qu'une horloge pointeuse ou un appareil de surveillance, afin d'assurer que les rondes sont effectuées à intervalles réguliers, conformément aux règles de la Direction. L'utilisation de ce dispositif n'aurait pas à être limitée au quart de nuit (de minuit à huit heures).

2) que les veilleuses qui sont installées dans les cellules des détenus soient commandées à partir du poste central et non à partir des postes auxiliaires. Ces veilleuses pourraient être allumées par le surveillant responsable de l'établissement soit au moyen d'une armoire fermée à clef, soit au moyen d'un autre dispositif dont il aurait la charge durant le quart de nuit (de minuit à huit heures)."

En ce qui a trait à la mise en oeuvre des recommandations 4 à 11 contenues dans son rapport interne, la Direction des services correctionnels a répondu :

.../36

Recommandation 4

que le guide des règles et modalités du Centre correctionnel régional de Saint John avait été révisé et augmenté avant la tenue de l'enquête. L'article C-7 (Rondes de surveillance) stipule maintenant que les agents de secteur doivent patrouiller les aires occupées à des intervalles irréguliers d'une demi-heure et communiquer le nombre de détenus au poste de commande central toutes les deux rondes.

De plus, l'article C-7.f stipule que les surveillants de nuit doivent effectuer six rondes complètes de tous les secteurs occupés au cours du quart de nuit afin de s'assurer que les agents de secteur effectuent leurs rondes aux demi-heures.

Recommandation 5

comme il est indiqué ci-dessus, cette question a été éclaircie par suite de la révision de l'article C-7.g du guide des règles et modalités du Centre correctionnel régional de Saint John.

.../37

Recommandation 6

que, conformément à une note de service du directeur adjoint (Opérations) du Centre correctionnel régional de Saint John, le personnel a été informé que les veilleuses devaient rester allumées durant le quart de nuit (c.-à-d. de minuit à huit heures) et que les surveillants de nuit devaient s'assurer que cette pratique est respectée.

Recommandation 7

que les règles et modalités de l'établissement ont été modifiées en ce qui concerne l'enregistrement de l'information ayant trait aux détenus en isolement. Chaque matin, le travailleur social photocopie les renseignements cumulés sur chaque détenu et consignés au registre, pour discussion de chaque cas d'isolement au cours de la réunion quotidienne de la direction. De même, le travailleur social examine quotidiennement, avec la haute direction de l'établissement, tous les cas de détenus à risque (à tendances suicidaires). La situation de tous les détenus sous sécurité maximale est examinée hebdomadairement par le comité de classification.

.../38

Recommandation 8

que les besoins en personnel professionnel avaient été examinés et discutés à l'automne 1987. En novembre 1987, le Centre a comblé le poste vacant de travailleur social, portant ainsi à deux le nombre de travailleurs sociaux à plein temps. En décembre 1987, la Direction a retenu les services d'un psychologue qui assure huit heures de consultations par semaine au Centre. En vertu de son contrat de travail, ce psychologue doit traiter et évaluer les détenus à risque élevé et conseiller le personnel de l'établissement dans la façon de se comporter face à ces détenus.

Recommandation 9

que le directeur exécutif, Services correctionnels, a diffusé une directive provisoire le 14 janvier 1988. Cette directive visait à modifier l'article H2.47(a) du Guide des règles et modalités du Service des établissements pour adultes, qui stipule maintenant que le médecin ne doit pas, en temps normal, prescrire de médicaments sans d'abord avoir questionné ou évalué de première main le détenu afin de déterminer s'il a besoin d'être traité.

.../39

Recommandation 10

que, conformément à une révision apportée à l'article H-2 du Guide des règles et modalités dans la directive provisoire du 14 janvier 1988, tous les contrevenants adultes nouvellement admis à un centre correctionnel régional doivent être examinés par l'infirmier aussitôt que possible après leur admission et doivent fournir à l'infirmier tous les renseignements nécessaires sur leurs antécédents médicaux. Étant donné le surcroît de travail que cette modification a entraîné, le Centre correctionnel régional de Saint John a dû embaucher un autre infirmier occasionnel à temps partiel.

Recommandation 11

qu'une inspection approfondie des extincteurs automatiques d'incendie du Centre correctionnel régional de Saint John a donné lieu au remplacement de 165 extincteurs jugés non sécuritaires par des extincteurs spéciaux anti-suicide. Par la suite, des inspections semblables ont conduit à l'installation d'extincteurs automatiques sécuritaires au Centre de détention de Moncton et au Centre correctionnel régional de Madawaska.

.../40

La Direction des services correctionnels a fait savoir que les deux autres recommandations du jury et les deux recommandations du coroner étaient toujours à l'étude et qu'un rapport complémentaire à leur égard sera présenté au coroner en chef.

ENQUÊTE N^{O} 9

Une enquête a été menée les 20 et 21 août, à St. George, par suite du décès d'une femme de 20 ans et d'un homme de 23 ans survenu en juillet 1987. L'homme et la femme ont péri dans un incendie qui a éclaté dans un immeuble d'habitation de St. George.

Le jury du coroner a conclu que les deux victimes ont succombé à "l'asphyxie par suite de l'inhalation de fumée", dans les circonstances suivantes : "dans un incendie dont la cause est inconnue".

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au ministre des Affaires municipales et de l'Environnement, au ministre du Travail et au maire de la municipalité de St. George, étaient :

1) "que le Service d'incendie soit félicité d'avoir su contenir l'incendie comme il l'a fait et soit encouragé à faire des contrôles périodiques, surtout dans les vieux bâtiments de la municipalité, afin de vérifier l'état des fils électriques dans les endroits où les papiers et les vieilleries sont susceptibles de s'accumuler, et de faire installer des avertisseurs d'incendie."

Le maire de la municipalité de St. George a répondu que tous les vieux immeubles d'habitation ont été inspectés par l'agent de sécurité du ministère du Travail en collaboration avec l'inspecteur en bâtiments de la municipalité et que les mesures correctives voulues ont été prises (avertisseurs d'incendie, sorties de secours, etc.). Il a également signalé que le conseil municipal a mis sur pied un programme d'assainissement immobilier dans le cadre duquel plusieurs bâtiments ont déjà été démolis. Il a de plus indiqué qu'un certain nombre de commerces et d'établissements se sont dotés d'avertisseurs d'incendie reliés au système d'alerte de la municipalité au moyen des installations automatisées de NBTel.

ENQUÊTE N^{O} 10

Une enquête a été menée le 17 septembre à Moncton par suite du décès d'un adolescent de 17 ans survenu en juin 1987. La victime conduisait un véhicule tout-terrain à quatre roues sur un chemin de terre privé dans la région de Shediac.

Le jury du coroner a conclu que l'adolescent avait succombé à des "blessures au cou", dans les circonstances suivantes : "Il est venu en contact avec un câble peu visible barrant l'accès à un chemin privé, alors qu'il roulait possiblement à une vitesse excessive compte tenu des conditions."

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au propriétaire du terrain, étaient :

1) "que les conducteurs de véhicules de loisir devraient respecter les propriétés privées et obtenir la permission du propriétaire avant d'y pénétrer;

2) que les barrières des chemins privés devraient être mises plus près de l'entrée et clairement marquées."

ENQUÊTE N^{O} 11

Une enquête a été menée le 22 septembre, à Richibucto, par suite du décès d'une fillette de 10 ans survenu en décembre 1986. La victime a péri dans un incendie de maison à Big Cove, au Nouveau-Brunswick.

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à "l'inhalation de fumée et à des brûlures", dans les circonstances suivantes : "La fillette s'est trouvée prisonnière d'une maison en feu."

La recommandation du jury, qui a été communiquée à la ministre de la Santé et des Services communautaires, était :

1) "que les produits inflammables soient tenus hors de la portée des enfants."

.../43

Bien que la recommandation du jury ne soit pas directement du ressort du ministère de la Santé et des Services communautaires, le coroner en chef a jugé que les circonstances générales entourant le décès, lequel était semblable à celui d'un autre enfant, méritaient l'attention du ministère de la Santé et des Services communautaires à qui incombe l'application de la Loi sur les services à la famille. La ministre de la Santé et des Services communautaires a répondu que les dispositions prévues par la Loi sur les services à la famille en ce qui concerne la protection des enfants sont appliquées par l'intermédiaire de la Big Cove Indian Agency et que le ministère collaborera avec celle-ci en la matière.

ENQUÊTE N° 12

Une enquête a été menée le 6 octobre, à Sussex, par suite du décès d'un homme de 37 ans survenu en août 1987. L'homme travaillait sur une courroie de transport à la mine de potasse située près de Sussex.

Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé au "broyage de tous les organes vitaux, y compris le cerveau et le système cardiorespiratoire", dans les circonstances suivantes : "Après être monté sur la courroie de transport possiblement sans s'apercevoir de l'extrême tension de la courroie, afin de retirer la potasse qui bloquait cette dernière, l'homme a été entraîné par la courroie, qui s'est subitement détendue une fois dégagée, et broyé à mort."

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick, à la Denison-Potacan Potash Company et à la Canadian Mines Development Corporation, étaient :

1) "que les nouveaux employés devraient travailler en compagnie d'employés d'expérience pendant une certaine période afin de s'assurer qu'ils observent les normes de sécurité recommandées;

2) que les outils appropriés devraient être sur les lieux de travail en tout temps;

3) que les employés soient informés du danger que peut représenter la tension dynamique des courroies et que cette question soit discutée au cours des réunions de sécurité et d'initiation."

La Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick a répondu que les recommandations 1 et 2 concernant les nouveaux employés et les outils appropriés, respectivement, sont traitées de façon générale dans les règlements d'exécution de la Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail. Pour que la spécificité de ces recommandations soit prise en considération, la Commission les a transmises au sous-comité des commissaires de l'hygiène et de la sécurité au travail aux fins d'étude législative; un rapport suivra en temps

.../45

opportun. Pour ce qui est de la recommandation 3 concernant la sensibilisation des employés à l'existence et au danger de la tension dynamique des courroies de transport, la Commission a répondu qu'elle était à l'étude. La difficulté réside dans le choix de la meilleure façon de diffuser l'information, compte tenu du fait que cette recommandation s'applique non seulement à l'industrie minière, mais à tous les milieux où des courroies de transport sont utilisées. La Commission publiera une mise en garde dans son bulletin "Santé et Sécurité AU TRAVAIL", qui est tiré à plus de 4 500 exemplaires - plus de 3 000 exemplaires sont envoyés à des entreprises et 1 500, à des syndicats, à des comités mixtes de l'hygiène et de la sécurité et à d'autres provinces. Son personnel d'inspection et d'éducation s'attaquera également à la question de l'entretien des courroies de transport. La Denison-Potacan Potash Company a répondu que les recommandations du jury ont été mises en oeuvre et qu'elles seront soulignées de façon particulière dans les programmes de formation du personnel.

ENQUÊTE N° 13

Une enquête a été menée le 8 octobre, à Saint John, par suite du décès d'une femme de 67 ans survenu en juin 1987 à l'hôpital St. Joseph de Saint John.

.../46

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à une "embolie pulmonaire" et qu'il s'agissait d'une "mort naturelle". Il a toutefois observé que "si un examen plus complet et plus approfondi avait été effectué au service des consultations externes (de l'hôpital régional), il est fort probable que ce décès aurait pu être évité".

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au ministre de la Santé et des Services communautaires, au directeur exécutif de l'hôpital régional de Saint John et à l'administrateur de l'hôpital St. Joseph, étaient :

1) "que les deux hôpitaux en cause (l'hôpital régional de Saint John et l'hôpital St. Joseph) devraient se familiariser davantage avec les services disponibles (notamment la scanographie pulmonaire) et ne devraient pas hésiter à y recourir;

2) que les dossiers hospitaliers devraient être accessibles (mis à jour) avant la période de deux semaines au cas où une personne traitée au service des consultations externes devait être admise entre-temps;

3) que les feuilles de congé devraient être signées EN BONNE ET DUE FORME par les médecins soignants;

4) que la climatisation de l'air devrait être envisagée - dans différents secteurs peut-être;

5) que le service des consultations externes n'a pas suffisamment de personnel."

Le ministre de la Santé et des Services communautaires a répondu que son personnel allait étudier le cas avec les hôpitaux en cause et informer le coroner des mesures prises une fois l'étude terminée.

ENQUÊTE N^{O} 14

Une enquête a été menée le 6 juillet, à Saint John, par suite du décès, en octobre 1986, d'une femme de 80 ans, d'une femme de 65 ans et d'un homme de 71 ans. Les trois victimes ont péri dans l'incendie d'un immeuble d'habitation à Saint John.

Le jury du coroner a conclu que les victimes avaient succombé à "l'inhalation de fumée et à l'intoxication par l'oxyde de carbone", dans les circonstances suivantes : "Un incendie a été déclenché dans un immeuble d'habitation, sis au 115, promenade Woodhaven, Saint John, au Nouveau-Brunswick, par une ou plusieurs personnes dont l'identité est inconnue.

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au maire de la ville de Saint John, au chef des pompiers de la ville de Saint John, au ministre des Affaires municipales et de l'Environnement et au responsable de l'immeuble, étaient :

1) "que des systèmes d'extinction automatique soient installés dans les aires communes de tout immeuble d'habitation comptant huit appartements ou plus;

2) que les avertisseurs centraux d'incendie dans tous les immeubles d'habitation comptant huit appartements ou plus soient reliés au poste de commande central du service d'incendie de Saint John;

3) que les dispositions du Code du bâtiment soient strictement appliquées en ce qui concerne l'interdiction de poser des panneaux de revêtement mural dans les aires communes des immeubles d'habitation, tant durant la construction que durant les rénovations subséquentes; en outre, que des matériaux ignifuges seulement soient utilisés dans les aires communes des immeubles d'habitation, ce qui comprend les moquettes et autres revêtements de sol;

4) que toute fausse alerte dans un immeuble d'habitation doté d'un système central d'avertissement d'incendie soit signalée aux autorités compétentes pour enquête et prise éventuelle des mesures voulues (p. ex. poursuites judiciaires);

5) que des affiches portant la mention "LES PORTES COUPE-FEU/FUMÉE DOIVENT ÊTRE FERMÉES EN TOUT TEMPS

.../49

CONFORMÉMENT AUX LOIS APPLICABLES" soient posées aux endroits voulus et que, si de telles lois n'existent pas, on en adopte;

6) que le propriétaire d'un immeuble d'habitation soit tenu responsable du respect de toutes les mesures prescrites en matière d'urgence et de sécurité (p. ex. installation et fonctionnement des portes coupe-feu, conformité au Code du bâtiment, etc.)."

Le ministre des Affaires municipales et de l'Environnement a répondu qu'il a demandé au prévôt des incendies de la province de lui donner son avis sur les répercussions que peuvent avoir les conclusions et recommandations du jury. Il a également indiqué qu'avant de pouvoir lui donner son avis, le prévôt des incendies de la province devait consulter les services locaux d'incendie, les membres du comité consultatif provincial des incendies et les membres du Conseil d'incendie du Code national du bâtiment au Canada et du Code national d'incendie au Canada. Une fois que cela sera fait, un rapport sera préparé et présenté au Bureau du coroner en chef relativement à l'application des recommandations, aux coûts à prévoir et aux modifications à apporter aux lois.

ENQUÊTE N^{O} 15

Une enquête a été menée le 3 décembre, à Caraquet, par suite du décès d'un homme de 42 ans survenu en mai 1986. L'homme était en détention au poste de police de Caraquet.

Le jury du coroner a conclu que le décès était dû à des "causes indéterminées, tel qu'il est indiqué dans le rapport du pathologiste".

La recommandation du jury, qui a été communiquée au chef de la police municipale de Caraquet et au directeur des Services de maintien de l'ordre du ministère de la Justice, était :

1) "que les gardiens devraient avoir une formation en premiers soins."